

Psychotherapeut 2017 · 62:12–17
DOI 10.1007/s00278-016-0157-5
Online publiziert: 22. Dezember 2016
© Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

Redaktion

H.J. Freyberger, Stralsund/Greifswald
J.M. Fegert, Ulm



Rebecca C. Groschwitz · Jörg M. Fegert · Paul L. Plener

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland

Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage

Bislang existierende Studien zum Thema psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland geben – zumeist anhand öffentlich verfügbarer Daten statistischer Landes- oder Bundesämter – Einblick in die vergebenen Krankenhausdiagnosen und erlauben Folgekostenberechnungen. Nicht offengelegt bleiben in diesem Zusammenhang Faktoren, die nicht in den Gesundheitsstatistiken erfasst werden, wie etwa die Wartezeit auf den Beginn einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung oder deren wahrgenommener Erfolg. Diesbezügliche Antworten sollte die Befragung einer für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Stichprobe liefern.

Hintergrund

Psychische Erkrankungen spielen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland eine zunehmend große Rolle und verursachen pro Jahr Kosten in der Größenordnung von etwa 20 Mrd. Euro (Nübling et al. 2014a). Trotz dieser hohen Summe erhalten keineswegs alle von einer psychischen Erkrankung Betroffenen fachspezifische Hilfen. Von Nübling et al. (2014a) wurde dargestellt, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen in Deutschland etwa 30 % beträgt, jedoch nur 25–30 % dieser etwa 15 Mio. Menschen entsprechende Hilfen in Anspruch nehmen. Als schwer psychisch krank sind etwa 1–2 % der deutschen Bevölkerung zu

bezeichnen (Gühne et al. 2015). Die ambulante Versorgung von Erwachsenen wird von niedergelassenen Psychotherapeuten (15.700 psychologische und 5600 ärztliche Psychotherapeuten), Fachärzten (ca. 5700 aus den Bereichen Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik), 450 psychiatrischen Institutsambulanzen, 40 Hochschulambulanzen und 150 Ambulanzen an Ausbildungsinstituten durchgeführt. Die stationäre Behandlung findet an 54.000 psychiatrischen und 9000 psychosomatischen Behandlungsplätzen statt sowie an 32.000 Plätzen im Bereich der medizinischen Rehabilitation für psychische Erkrankungen (Nübling et al. 2014a). Basierend auf Hochrechnungen kann für den Erwachsenenbereich festgehalten werden, dass pro Jahr etwa 3,9 Mio. Menschen mit psychischen Erkrankungen psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt werden (2,8 Mio. ambulant und etwa 1,1 Mio. stationär; Nübling et al. 2014a).

Auch im Bereich der Behandlung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich ein ähnliches Bild. Basierend auf den Zahlen der „Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“ (BELLA) kann festgehalten werden, dass nur 29,5 % jener Kinder, die auffällige Werte im Strengths and Difficulties Questionnaire erzielt hatten, in den vergangenen 12 Monaten irgendeine Form der psychologischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung erhielten (Hintzpeter et al. 2015). Die erhöhte Inanspruchnahme von Hilfen war assoziiert mit dem männlichen Ge-

schlecht, dem Leben in einer größeren Stadt und in Ostdeutschland, sowie einer Symptomatik im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens (Hintzpeter et al. 2015). Bezüglich der stationären psychiatrischen Versorgung fand sich ein deutlicher Anstieg der Zahl an versorgten Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2003–2012, trotz sinkender Zahl an Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung (Plener et al. 2015a, 2015b).

Methode

In der vorliegenden Studie wurde der Weg einer Befragung einer für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Stichprobe gewählt. So können Rückschlüsse auf Behandlungserfahrungen mit dem psychotherapeutisch/psychiatrischen Behandlungssystem in Deutschland gezogen werden.

Erhebung

Die Erhebung fand im Zeitraum zwischen 20.01.2016 und 16.03.2016 in ganz Deutschland statt. Die Studie wurde durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines unabhängigen Forschungsinstituts durchgeführt. Dabei wurde ein „Random-route“-Verfahren angewandt, um die Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten. Insgesamt wurden 4830 Haushalte kontaktiert und 2524 auswertbare Datensätze erhoben. Potenzielle Probanden wurden zu Hause aufgesucht, und es wurde ihnen ein Fragebogenpaket übergeben. Nach ei-

Tab. 1 Demografische Zusammensetzung der Stichprobe

Parameter	Anzahl (n)	Anteil (%)
Geschlecht (m/w)	1119/1394	44,5/55,5
Altersgruppen (Jahre)		
Bis 24	282	11,2
25–34	366	14,5
35–44	373	14,8
45–54	488	19,3
55–64	461	18,3
65–74	335	13,3
Ab 75	218	8,6
Abitur	538	21,3
Beschäftigungslos	136	5,4
Ostdeutschland/Westdeutschland	506/2018	20,0/80,0
Deutsche Staatsangehörigkeit	2420	95,9
Mit Partner zusammenlebend	1317	52,2

nem kurzen demografischen Interview erfolgte das Ausfüllen des Fragebogens (der über die hier behandelten Ergebnisse hinaus noch andere Items zu anderen Fragestellungen enthielt) ohne Einflussnahme des Studienmitarbeiters. Dieser verblieb, je nach Wunsch der Teilnehmenden, in der Wohnung (für etwaige Rückfragen) oder kehrte zu einer vereinbarten Zeit wieder zu dieser zurück, um den Fragebogen in einem Umschlag persönlich in Empfang zu nehmen. Die Daten wurden an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm ausgewertet.

Im Rahmen der Studie wurden Fragen zu mehreren Themenfeldern der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungserfahrungen gestellt. Diese umfassten die Prävalenz der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungserfahrung („Waren Sie jemals in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?“), die Art der Einrichtung, in der die Behandlung stattfand („Wo war das?“), sowie den Zeitpunkt der ersten Behandlung („Wann haben Sie zuerst eine solche Behandlung erhalten?“). Ebenso wurden Gründe für die Inanspruchnahme erfasst („Was war der Grund für die letzte Behandlung?“) und Wartezeiten bezüglich der letzten stattgefundenen Behandlung („Wie lange haben Sie zwischen der Anmeldung und dem Beginn der letzten Behandlung warten müssen?“). Ein weiterer Punkt

der Befragung befasste sich mit der Einnahme psychopharmakologischer Medikamente („Wenn Sie an Ihre letzte Behandlung denken: Mussten Sie für die Behandlung der psychischen Störung Medikamente einnehmen?“ bzw. „Welches Medikament wurde Ihnen verschrieben?“ und „Wie lange haben Sie es genommen?“). Ebenso wurde nach Übernahme der Therapiekosten („Wer hat die Therapiekosten der gesamten Behandlung gezahlt?“), dem wahrgenommenen Nutzen der Behandlung („Hat die Behandlung Ihnen geholfen bzw. hilft Ihnen die Behandlung?“) und dem Vorliegen einer Zwangsbehandlung gefragt („Wurden Sie jemals gegen Ihren Willen psychiatrisch behandelt?“).

Stichprobe

Es wurden Angaben von 2524 Personen analysiert. Die Personen waren im Durchschnitt 48,8 Jahre alt (Minimum: 14 Jahre, Maximum 99 Jahre), und 55,5 % der Studienteilnehmenden waren weiblich. Weitere Details sind in [Tab. 1](#) zusammengefasst.

Ergebnisse

In ihrem Leben hatten sich 15,9 % der befragten Personen in psychotherapeutischer/psychiatrischer Therapie befunden, während 3,2 % zum Zeitpunkt der Befragung aktuell psychotherapeutisch/psychiatrisch behandelt wurden. Von den

Personen, die sich in ihrem Leben einer solchen Behandlung unterzogen hatten, nahmen 75,8 % eine ambulante Behandlung bei einer niedergelassenen Fachärztin bzw. einem Facharzt oder bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten in Anspruch, 29,4 % eine stationäre Behandlung, 13,5 % eine ambulante Behandlung in einer Ambulanz und 9,7 % eine teilstationäre Behandlung (Mehrfachnennung möglich). Die Wartezeit auf eine Behandlung betrug bei einem Großteil der Befragten (83,1 %) unter 3 Monate, während 7,6 % der Personen 3 bis 6 Monate, 5,6 % über 6 Monate und 3,8 % über ein Jahr auf eine Behandlung warten mussten.

Zur Behandlung der psychischen Störung wurden bei 52,9 % der Patienten Psychopharmaka eingesetzt. Hierbei handelte es sich am häufigsten um Antidepressiva (69,8 %), bei 35,9 % um Sedativa, bei 19,3 % um Phasenprophylaktika, bei 13,7 % um ein pflanzliches Präparat, bei 7,5 % um Neuroleptika und bei 2,8 % um Psychostimulanzien.

Der Großteil der Behandlungen wurde finanziell von den Krankenkassen übernommen (88,8 %), darauf folgten die private Finanzierung (9,2 %), die Finanzierung durch die Kinder- und Jugendhilfe (1,3 %) und das Opferentschädigungsgesetz (0,8 %).

Die häufigste von den Betroffenen selbst genannte Diagnose war eine depressive Störung (8,9 % aller befragten Personen), gefolgt von einer Angststörung (4,8 %), Essstörungen (1,5 %), akutem Drogen- oder Alkoholgebrauch (1,3 %), Persönlichkeitsstörungen (1,2 %), Abhängigkeits- und Suchterkrankungen (0,8 %), Psychose/Schizophrenie (0,7 %), Zwangserkrankungen (0,4 %) und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (0,1 %).

Rund ein Drittel aller Befragten (33,2 %) empfand die Behandlung als sehr hilfreich, 27,5 % als hilfreich und 24,7 % als etwas hilfreich. Dahingegen empfanden 8,8 % die Behandlung als weniger hilfreich, 3,3 % als nicht hilfreich und 2,5 % als überhaupt nicht hilfreich. Insgesamt hatten sich 4,0 % der Patienten in unfreiwilliger Behandlung befunden, davon bemerkenswerterweise

68,8 % in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Patientenalter

Es ergaben sich signifikante Altersunterschiede dahingehend, ob bereits eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen worden war ($\chi^2 = 8,52$, $p = 0,014$). So gaben 14,8 % der 14- bis 30-Jährigen an, sich bereits in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung befunden zu haben, während dies bei 17,8 % der 31- bis 60-Jährigen und bei 13 % der über 60-Jährigen der Fall war. Auch hinsichtlich der Einnahme von Psychopharmaka fanden sich signifikante Unterschiede ($\chi^2 = 11,11$, $p = 0,004$). Während 35,2 % der 14- bis 30-Jährigen, die bereits in eine Behandlung durchlaufen hatten, von Psychopharmakaeinnahme berichteten, gaben dies 55,7 % der 31- bis 60-Jährigen und 59,1 % der über 60-Jährigen an. Jüngere Teilnehmer berichteten signifikant häufiger von einer unfreiwilligen Behandlung in ihrer Lebenszeit als ältere Teilnehmer ($\chi^2 = 17,29$, $p < 0,001$; 14- bis 30-Jährige: 12,7 %, 31- bis 60-Jährige: 2,5 %, über 60-Jährige: 1,1 %). Dagegen waren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Wartezeit auf eine Behandlung zu verzeichnen.

Geschlechtsspezifität

Frauen gaben mit 19,7 % signifikant häufiger an als Männer (11,3 %), sich bereits in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung befunden zu haben ($\chi^2 = 33,49$, $p < 0,001$). Auch hinsichtlich einzelner Störungsbilder ergaben sich geschlechtsspezifische Unterschiede. So teilten signifikant mehr Frauen mit, bereits mit einer depressiven, einer Angst- oder einer Essstörung diagnostiziert worden zu sein, sowie häufiger wegen Suizidplänen/-versuchen in Behandlung gewesen zu sein (Tab. 2). Es fanden sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Einnahme von Psychopharmaka, der unfreiwilligen Behandlung oder der Wartezeiten auf eine Behandlung.

Psychotherapeut 2017 · 62:12–17 DOI 10.1007/s00278-016-0157-5
© Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

R. C. Groschwitz · J. M. Fegert · P. L. Plener

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage

Zusammenfassung

Hintergrund. Informationen über die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland basieren größtenteils auf der Auswertung großer Datenbanken und Patientenbefragungen. **Ziel der Arbeit.** Mit der Befragung einer Bevölkerungsstichprobe sollten einerseits Selektionseffekte vermieden und andererseits subjektive Einschätzungen eingeholt werden, die nicht basierend auf vorhandenem Material aus Datenbanken beantwortet werden können. **Stichprobe und Methode.** Hierzu erfolgte eine Umfrage zur Inanspruchnahme von psychiatrischer/psychotherapeutischer Hilfe in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung ($n = 2524$; Anteil weiblicher Teilnehmer: 55,5 %; Alter: 14 bis 99 Jahre). Die Daten wurden mithilfe eines Fragebogens erhoben. **Ergebnisse und Diskussion.** Unter den Teilnehmenden hatten 15,9 % bereits irgendeine Form der psychiatrischen oder

psychotherapeutischen Hilfe in Anspruch genommen, die von einem Großteil der Befragten (60,7 %) auch als „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“ beschrieben wurde. Vier Prozent der Befragten hatten sich in ihrem Leben bereits unfreiwillig in psychiatrischer Behandlung befunden. Die Mehrheit der Teilnehmenden (83,1 %), die schon einmal psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfen in Anspruch genommen hatten, beschrieb eine Wartezeit auf Einsetzen dieser Hilfen, die unter 3 Monate betrug. Insgesamt kann aus den Ergebnissen eine hohe Zufriedenheit mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen abgeleitet werden. Ausgehend von der in der Bevölkerung angenommenen Prävalenz psychischer Erkrankungen kann festgehalten werden, dass offensichtlich nicht alle Betroffenen Hilfen aufsuchen.

Schlüsselwörter

Zufriedenheit · Psychopharmaka · Warteliste · Finanzierung · Schulbildung

Psychiatric and psychotherapeutic care in Germany. Results from a representative community-based survey

Abstract

Background. Information about psychiatric and psychotherapeutic care in Germany is mainly based on analyses of large databases and patient surveys.

Aim of this study. By choosing to analyze a community-based population sample, we aimed to decrease selection bias while at the same time collecting subjective impressions not available from material in existing databases.

Sample characteristics and methods.

A survey of a representative German community-based population sample ($n = 2524$, female 55.5%, age range 14–99 years) was carried out. We used a paper and pencil questionnaire to assess experiences with psychiatric and psychotherapeutic treatment.

Results and discussion. Of the participants 18.9% reported having received some form of psychiatric and/or psychotherapeutic treatment at least once during their life. The majority (60.7%) of recipients of treatment

described it as “helpful” or “very helpful”. Of the participants 4% reported having received psychiatric treatment against their will. A large number (83.1%) of those with a history of psychiatric or psychotherapeutic treatment reported a short waiting time (up to a maximum of 3 months) before receiving help. The results point to an overall high satisfaction with psychiatric and psychotherapeutic care. Based on estimates on the prevalence of mental disorders in the community, our findings support the assumption that psychiatric or psychotherapeutic treatment is still not sought by a large number of people in need for mental health care.

Keywords

Treatment satisfaction · Psychotropic drugs · Waiting list · Representative sample · Care provision

Tab. 2 Störungsbilder und Zusammenhang mit demografischen Variablen

		Depression	Angststörung	Psychose	Zwangsstörung	Essstörung	Persönlichkeitsstörung	Akuter Drogen-/Alkoholmissbrauch	Abhängigkeitserkrankung	Suizidalität	Aggressives Verhalten
Geschlecht	w	159 (11,5)	95 (6,9)	10 (0,7)	8 (0,6)	35 (2,5)	20 (1,5)	17 (1,2)	11 (0,8)	20 (1,5)	8 (0,6)
	m	65 (5,7)	26 (2,3)	8 (0,7)	3 (0,3)	4 (0,3)	10 (0,9)	15 (1,3)	8 (0,7)	5 (0,4)	6 (0,5)
	χ^2 , p	26,50 $p < 0,001$	29,23 $p < 0,001$	0,01 $p = 0,94$	1,46 $p = 0,23$	19,69 $p < 0,001$	1,77 $p = 0,18$	0,03 $p = 0,86$	0,08 $p = 0,78$	6,55 $p = 0,010$	0,04 $p = 0,85$
Abitur	Ja	53 (9,9)	29 (5,4)	4 (0,7)	5 (0,9)	5 (0,9)	9 (1,7)	4 (0,7)	1 (10,2)	5 (0,9)	2 (0,4)
	Nein	171 (8,6)	92 (4,6)	14 (0,7)	6 (0,3)	34 (1,7)	21 (1,1)	28 (1,4)	18 (0,9)	20 (1,0)	12 (0,6)
	χ^2 , p	2,15 $p = 0,142$	0,53 $p = 0,465$	0,009 $p = 0,93$	3,84 $p = 0,050$	1,70 $p = 0,192$	1,36 $p = 0,243$	1,50 $p = 0,22$	2,94 $p = 0,086$	0,026 $p = 0,872$	0,415 $p = 0,52$
Arbeitslosigkeit	Ja	29 (20,1)	13 (9,0)	4 (2,8)	2 (1,4)	7 (4,9)	3 (2,1)	5 (3,5)	3 (2,1)	4 (2,8)	4 (2,8)
	Nein	191 (8,1)	105 (4,5)	13 (0,6)	9 (0,4)	32 (1,4)	24 (1,0)	26 (1,1)	16 (0,7)	21 (0,9)	10 (0,4)
	χ^2 , p	24,50 $p < 0,001$	6,31 $p = 0,012$	9,96 $p = 0,002$	3,14 $p = 0,076$	10,85 $p = 0,001$	1,44 $p = 0,230$	6,22 $p = 0,013$	3,55 $p = 0,060$	4,88 $p = 0,027$	13,50 $p < 0,001$
Ost/West	Ost	38 (7,5)	26 (5,1)	2 (0,4)	0	7 (1,4)	7 (1,4)	6 (1,2)	3 (0,6)	8 (1,6)	2 (0,4)
	West	186 (9,2)	95 (4,7)	16 (0,8)	11 (0,5)	32 (1,6)	23 (1,1)	26 (1,3)	16 (0,8)	17 (0,8)	12 (0,6)
	χ^2 , p	1,46 $p = 0,227$	0,16 $p = 0,685$	0,90 $p = 0,342$	2,77 $p = 0,096$	0,11 $p = 0,741$	0,21 $p = 0,651$	0,034 $p = 0,854$	0,22 $p = 0,642$	2,25 $p = 0,134$	0,29 $p = 0,589$
Staatsangehörigkeit	Deutsch	217 (9,0)	117 (4,8)	16 (0,7)	11 (0,5)	38 (1,6)	28 (1,2)	31 (1,3)	18 (0,7)	24 (1,0)	13 (0,5)
	Nicht-deutsch	7 (6,7)	4 (3,8)	2 (1,9)	0	1 (1,0)	2 (1,9)	1 (1,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	1 (1,0)
	χ^2 , p	0,617 $p = 0,432$	0,21 $p = 0,644$	2,24 $p = 0,134$	0,47 $p = 0,491$	0,24 $p = 0,622$	0,49 $p = 0,480$	0,08 $p = 0,776$	0,063 $p = 0,801$	0,001 $p = 0,976$	0,33 $p = 0,568$
In Partnerschaft lebend	Ja	94 (7,1)	47 (3,6)	10 (0,7)	3 (0,2)	13 (1,0)	14 (1,1)	13 (1,0)	12 (0,9)	7 (0,5)	6 (0,5)
	Nein	127 (10,8)	72 (6,1)	14 (1,2)	8 (0,7)	26 (2,2)	15 (1,3)	19 (1,6)	7 (0,6)	18 (1,5)	8 (0,7)
	χ^2 , p	10,53 $p = 0,001$	9,06 $p = 0,003$	1,758 $p = 0,185$	2,92 $p = 0,087$	6,11 $p = 0,013$	0,256 $p = 613$	1,97 $p = 0,160$	0,80 $p = 0,370$	6,30 $p = 0,012$	0,574 $p = 0,449$

Bildungsgrad

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit Abitur und ohne Abitur, hinsichtlich der Aufnahme einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung ($\chi^2 = 1,29$, $p = 0,257$; Personen mit Abitur: 17,5 %, Personen ohne Abitur: 15,5 %). Von den Personen, die bereits eine Behandlung in Anspruch genommen hatten, hatten Personen ohne Abitur signifikant häufiger Psychopharmaka eingenommen (57 % ohne Abitur, 39,4 % mit Abitur, $\chi^2 = 8,99$, $p = 0,003$) und wurden häufiger gegen ihren Willen psychiatrisch behandelt (5,2 % ohne Abitur, 0 % mit Abitur, $\chi^2 = 5,12$, $p = 0,024$). Hinsichtlich der einzelnen Störungsbilder waren Personen mit Abitur signifikant häufiger mit einer Zwangsstörung diagnostiziert worden (■ Tab. 2).

Partnerschaft

Personen, die allein lebten, hatten in ihrem Leben signifikant häufiger eine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen, als Personen, die in einer Partnerschaft lebten (in Partnerschaft: 13,2 %, ohne Partner: 19,0 %; $\chi^2 = 15,29$, $p < 0,001$). Bezüglich der einzelnen Störungsbilder ergaben sich folgende Unterschiede: Alleinlebende gaben signifikant häufiger die Diagnose einer Depression, einer Angststörung, einer Essstörung sowie Suizidpläne oder -versuche an. Es fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich der Einnahme von Psychopharmaka oder der unfreiwilligen psychiatrischen Behandlung sowie der Wartezeit auf eine Behandlung.

Arbeitslosigkeit

Personen, die sich aktuell als „arbeitslos“ bezeichneten, hatten sich signifikant häufiger in psychotherapeutischer Behandlung befunden, als Personen, die sich nicht als arbeitslos bezeichneten (arbeitslos: 28,5 %, nicht arbeitslos: 15,0 %, $\chi^2 = 18,62$, $p < 0,001$). Für die einzelnen Störungsbilder waren folgende Unterschiede zu verzeichnen: Aktuell arbeitslose Personen gaben signifikant häufiger an, aufgrund eines akuten Drogen- oder Alkoholmissbrauchs, einer Psychose/Schizophrenie, einer depressiven Störung, Suizidalität, aggressiven Verhaltens oder einer Essstörung behandelt worden zu sein (■ Tab. 2). Es ließen sich keine Unterschiede hinsichtlich der Einnahme von Psychopharmaka oder der unfreiwilligen psychiatrischen Behandlung, oder der Wartezeit auf eine Behandlung feststellen.

Zugehörigkeit zu Ost-/Westdeutschland

Personen, die in ostdeutschen Bundesländern lebten, teilten signifikant häufiger mit, zur Behandlung ihrer psychischen Störung Psychopharmaka eingenommen zu haben (Ostdeutschland: 66,2 %, Westdeutschland: 50,0 %, $\chi^2 = 6,15$, $p = 0,013$). Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der weiteren untersuchten Variablen.

Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Studie gaben knapp 16 % der etwa 2500 Befragten an, bereits zumindest einmalig psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Der Großteil der Behandlungen hatte bei niedergelassenen Fachärzten oder Psychotherapeuten stattgefunden; in mehr als der Hälfte der Behandlungen war es zur Gabe von Psychopharmaka gekommen. Die hier gemachten Angaben können mit den Einschätzungen von Nübling et al. (2014a) in Einklang gebracht werden, die davon ausgehen, dass etwa 30 % der erwachsenen Allgemeinbevölkerung eine psychische Erkrankung aufweisen, wovon etwa 4–4,5 Mio. Menschen jährlich eine Behandlung in Anspruch nehmen. Die in unserer Studie erhobene Lebenszeitprävalenz mit einer Inanspruchnahmerate von 16 % scheint sich in dieses Bild zu fügen, sodass insgesamt davon ausgegangen werden muss, dass, verglichen mit der Rate an psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung, bedeutend weniger Menschen Hilfen in Anspruch nehmen. Dies ist nicht nur vor dem Hintergrund einer verminderten Lebensqualität bedenklich, sondern auch vor dem Hintergrund einer ökonomischen Betrachtungsweise. So wurde darauf hingewiesen, dass das „return on investment“ der psychotherapeutischen Behandlung bei 1:2 bis zu 1:5,5 liegt, was bedeutet, dass hier investierte Ausgaben von einem Euro Einsatz einen gesellschaftlichen Nutzen (etwa im Sinne verminderter Fehltagel oder verminderter Quote an Erwerbslosen) von 2–5,50 € erbringen. Es besteht daher die Frage, wie der Zugang zu psychi-

atrischen und psychotherapeutischen Hilfen erleichtert und wie insgesamt die Bereitschaft zur Inanspruchnahme dieser Hilfen erhöht werden kann.

Interessanterweise war die Prävalenz der Inanspruchnahme in der Altersgruppe der 14- bis 30-Jährigen und der 31- bis 60-Jährigen etwas höher als in der Altersgruppe der über 60-Jährigen. Da die Lebenszeitprävalenz mit steigendem Alter ebenfalls ansteigen müsste, könnten diese Zahlen auf eine zunehmend höhere Inanspruchnahme und Versorgung der Allgemeinbevölkerung im jüngeren Alter schließen lassen.

Während der Bildungsgrad keine Einflüsse auf die generelle Inanspruchnahme psychiatrisch/psychotherapeutischer Hilfe hatte, zeigt sich, dass Personen, die allein lebten, und auch jene, die erwerbslos waren, häufiger entsprechende Hilfen angenommen hatten. Dies deckt sich mit bekannten Befunden zur höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen, die nicht in einer Partnerschaft leben (Hakulinen et al. 2016; Joutsen-niemi et al. 2006) und dem ebenfalls in der Literatur beschriebenen Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und psychischer Erkrankungshäufigkeit (Butterworth et al. 2012; Perreault et al. 2016) und spricht für die Reliabilität der Daten.

Erfreulicherweise zeigte sich, dass die Wartezeiten bis zum Einsetzen einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Hilfe als vergleichsweise kurz erinnert wurden. So berichteten 83 % der Befragten, dass sie weniger als 3 Monate auf eine Behandlung warten mussten. Bislang existieren nur wenige Daten zu Wartelisten auf einen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsplatz. Von Nübling et al. (2014b) wurde eine Befragung bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ($n = 2328$) aus 5 Bundesländern vorgelegt (dabei waren 73 % der befragten psychologische Psychotherapeuten [PP], 16,1 % Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten [KJP], und 10,6 % wiesen eine Doppelapprobation auf). In dieser Untersuchung wurde beschrieben, dass die Wartezeit auf ein Erstgespräch bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einer Praxis, die der kassenärztlichen Vereinigung (KV) an-

gehört, 8,1 Wochen betrug, in „freier“ Praxis 3,5 Wochen. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz dauerte zwischen 7,6 Wochen (in „freier“ Praxis) und 17,3 Wochen (in der KV-Praxis). Im Vergleich der Berufsgruppen der PP sowie der der KJP waren die Wartezeiten auf ein Erstgespräch bei KJP kürzer (5,9 Wochen im Vergleich zu 7,2 Wochen bei PP), die Wartezeit auf einen Therapieplatz aber dennoch gleich lang (KJP: 15,1 Wochen, PP: 15,2 Wochen) (Nübling et al. 2014b). Die in unserer Studie erhobenen Daten sind nicht exakt auf die Studie von Nübling et al. (2014b) übertragbar, da in der hier vorgelegten Untersuchung generell nach psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung gefragt und damit nicht nur Behandlungsepisoden im Bereich der niedergelassenen Psychotherapie erfasst wurden. Dennoch stehen die hier ermittelten vergleichsweise kurzen Wartezeiten im Einklang mit den Ergebnissen, die von Nübling et al. (2014b) berichtet wurden.

Vier Prozent der Befragten gaben eine Behandlung gegen ihren Willen an, ein Großteil davon (knapp 70 %) in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auch berichteten jüngere Teilnehmerinnen und Teilnehmer signifikant häufiger von unfreiwilligen Behandlungen als ältere Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Es bleibt aufgrund des Studiendesigns unklar, ob es sich hierbei tatsächlich um richterlich angeordnete Unterbringungen und damit verbundene Zwangsbehandlungen handelt, oder ob eine subjektiv wahrgenommene Unfreiwilligkeit geschildert wurde. Letztere könnte etwa in dem Sinne erfolgt sein, dass sich z. B. Kinder von Sorgeberechtigten oder Erwachsene von Angehörigen zu einer Behandlung „gezwungen“ gesehen haben, ohne diese selbst zu befürworten (auch ohne, dass es zu einer richterlichen Unterbringung gekommen wäre). Ein weiteres Erklärungsmodell für die höhere Rate an Behandlungen gegen den Willen der Betroffenen v. a. in jüngeren Altersgruppen könnte die Möglichkeit zur zivilrechtlichen Genehmigung der Unterbringung durch die Sorgeberechtigten in einer geeigneten Einrichtung gemäß §1631b des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB, „Mit Freiheitsentziehung

verbundene Unterbringung“) sein, die nur auf Minderjährige anwendbar ist.

Als eine der Limitationen dieser Studie muss die Tatsache benannt werden, dass die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer nach ihren persönlichen Behandlungserfahrungen befragt wurden, was – wie jede retrospektive Studie – einem „memory bias“ unterliegen kann. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass durch die gewählte Methode Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in ihren Wohnungen aufgesucht wurden, was zur Vernachlässigung der Gruppe jener Menschen führt, die sich aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung in stationärer psychiatrischer Behandlung oder in Wohnrichtungen z. B. der Eingliederungshilfe befinden. Nichtsdestotrotz erlaubt die gewählte Methode eine Einschätzung der Behandlungszufriedenheit abseits von patientenbasierten Erfassungen von Inanspruchnahmestichproben im psychiatrischen Kontext.

Fazit für die Praxis

Insgesamt zeigten sich die Teilnehmer dieser Studie sehr zufrieden mit ihrer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung. Die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz wurde zu einem Großteil mit unter 3 Monaten angegeben. Allerdings ergab sich eine weit geringere Anzahl an Personen, die eine Behandlung in Anspruch genommen hatten, als die Anzahl an Personen, die statistisch in Deutschland an einer psychischen Störung erkrankt sind. Demnach sollten in der Praxis Strategien zur erhöhten Inanspruchnahme (z. B. Entstigmatisierung, niedrigschwellige Angebote) und zur flächendeckenderen Versorgung in Deutschland implementiert werden.

Korrespondenzadresse

R. C. Groschwitz, M. Sc.

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm
Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm, Deutschland
Rebecca.groschwitz@uniklinik-ulm.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R.C. Groschwitz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. P.L. Plener erklärt keine Interessenkonflikte. Er hat Forschungsförderung vom BMBF, der VW Stiftung, TiLak und der Baden-Württemberg Stiftung erhalten. Er war als Prüfarzt an einer klinischen Studie von Lundbeck beteiligt. Er erhält keine Honorare der pharmazeutischen Industrie, kein Besitz von Aktien, kein speaker's bureau oder advisory board.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Die Studie erhielt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Leipzig, an der die Gesamtbefragung koordiniert wurde. Von allen Beteiligten liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

- Hintzpeter B, Klasen F, Schön G, Voss C, Hölling H, Ravens-Sieberger U, BELLA study group (2015) Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 24:705–713
- Butterworth P, Leach LS, Pirkis J, Kelaher M (2012) Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47:1013–1021
- Gühne U, Becker T, Salize HJ, Riedel-Heller SG (2015) Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatr Prax* 42:415–423
- Hakulinen C, Pulkki-Räback L, Jokela M, Ferrie EJ, Aalto AM, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M (2016) Structural and functional aspects of social support as predictors of mental and physical health trajectories: whitehall II cohort study. *J Epidemiol Community Health* 70:710–715
- Joutsenniemi K, Martelin T, Martikainen P, Pirkola S, Koskinen S (2006) Living arrangements and mental health in Finland. *J Epidemiol Community Health* 60:468–475
- Nübling R, Bär T, Jeschke K, Ochs M, Sarubin N, Schmidt J (2014a) Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. *Psychother J* 4:389–397
- Nübling R, Jeschke K, Ochs M, Schmidt J (2014b) Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. http://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20140513_nuebling_et_al_ambulante_pt_versorgung_ergebnisbericht.pdf. Zugriffen: 25. Okt 2016
- Perreault M, Touré EH, Perreault N, Caron J (2016) Employment status and mental health: media-

ting roles of social support and coping strategies. *Psychiatr Q*. doi:10.1007/s11126-016-9460-0

Plener PL, Groschwitz RC, Fegert JM, Freyberger HJ (2015) Die stationäre psychiatrische Versorgung Adolleszenter in Deutschland. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 63:181–187

Plener PL, Straub J, Fegert JM, Keller F (2015) Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern: Eine Analyse der Häufigkeiten in den Jahren 2003–2012. *Nervenheilkunde* 34:18–24